THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
MENTION MÉDECINE

ANNÉE 1930 N° 27

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

RAWICZ MOISE

né le 22 mars 1903 à Byten (Pologne)

ABCÈS DU POUMON CURABLES

Président: M. MERKLEN, Professeur

Les Editions Universitaires de Strasbourg
1a, Place de l'Université - Quai du Maire Dietrich, 1
STRASBOURG
R. C. Strasbourg 3677
1930

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
MENTION MÉDECINE

ANNÉE 1930 N° 27

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

RAWICZ MOISE

né le 22 mars 1903 à Byten (Pologne)

ABCÈS DU POUMON CURABLES

Président: M. MERKLEN, Professeur

Les Editions Universitaires de Strasbourg
1a, Place de l'Université - Quai du Maire Dietrich, 1
STRASBOURG
R. C. Strasbourg 3677
1930

R. WIJV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. ANCEL ✲ ⸙ I.
Assesseur	MERKLEN ✲ ⸙ I.

Professeurs

Embryologie	MM. ANCEL ✲ ⸙ I.
Anatomie	FORSTER ✲ ⸙ I.
Histologie	BOUIN O. ✲ ⸙ I.
Physiologie	SCHAEFFER ⸙ I.
Physique biologique	VLES ✲ ⸙ A.
Chimie biologique	NICLOUX ✲ ⸙ I.
Antatomie pathologique	MASSON ✲ ⸙ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	AMBARD ✲ ⸙ I.
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✲ ⸙ A.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✲ ⸙ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✲ ⸙ I.
	X.....
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✲ ⸙ I.
	STOLZ ✲ ⸙ I.
Clinique ophtalmologique	WEILL ⸙ I.
Clinique dermatologique	PAUTRIER O. ✲ ⸙ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✲ ⸙ I.
Clinique neurologique	BARRÉ ✲ ⸙ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ⸙ A.
Clinique infantile	ROHMER ✲ ⸙ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ⸙ A.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ⸙ A.
BELLOCQ ⸙ I.
MM. FONTÈS ⸙ A.
GÉRY ⸙ A.
SCHWARTZ ⸙ A.

Chargé de cours et Agrégés:

MM. BLUM (Paul) ✲ ⸙ I.
GELMA ⸙ A.
GUNSETT ✲ ⸙ A.
HANNS ✲ ⸙ A.
HUMBERT ✲ ⸙ A.
MM. KELLER ⸙ A.
LAROUSSE
SIMON ✲
VAUCHER ⸙ A.
WEISS A.

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548014_0014

A MES PARENTS

A MES FRERES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR Pr. MERKLEN

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des hôpitaux de Paris
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

DE STRASBOURG

A TOUS MES AMIS

Avant-Propos.

Arrivé au terme de nos études, nous sommes heureux de remercier nos maîtres et nos amis, qui ont contribué à notre formation médicale.

Au cours de nos études à la Faculté de Médecine de Strasbourg, et nos stages dans les différents services hospitaliers nous avons toujours trouvé un accueil cordial et un enseignement méthodique et nous apportons ici le témoignage de notre gratitude envers tous ceux, professeurs et chefs de clinique, qui nous ont enseigné, théoriquement et pratiquement la science médicale, et nous ont guidés dans notre éducation médicale.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier tout spécialement Monsieur le professeur Pr. Merklen, l'inspirateur de notre thèse, qui fut pour nous non seulement le maître éminent, dont l'enseignement clair et approfondi a largement contribué à notre instruction médicale, mais aussi le professeur, dont le dévouement et les soins nous ont soulagé pendant les tristes jours de notre maladie, et dont l'appui nous a toujours été accordé avec bienveillance chaque fois que nous nous adressions à lui.

Nous lui présentons ici l'expression de notre reconnaissance respectueuse et profonde.

Introduction.

La question des abcès pulmonaires, malgré les observations nombreuses, qui en ont été publiées, reste toujours à l'ordre du jour, en raison des formes multiples que présentent ces abcès, de la difficulté de leur diagnostic, de la diversité de leur évolution et du manque d'une ligne de conduite précise au sujet de leur thérapeutique.

Leur étude s'est enrichie dans ces dernières années d'importantes notions nouvelles, parmi lesquelles le problème de fréquence de ces abcès et de la guérison spontanée ont retenu souvent l'attention.

Autrefois l'abcès du poumon a été considéré comme une affection d'une rareté extrême, comportant un pronostic quasi fatal. Il n'en est plus aujourd'hui.

Cette affection, loin d'être rare, est devenue même assez courante, et chaque service de clinique médicale peut en mentionner quelques cas chaque année.

D'après Sergent les cas d'abcès du poumon, dans les dernières années, sont en augmentation, ceci étant dû, probablement, au fait, que nos moyens de diagnostic sont devenus, avec le progrès de la technique médicale, plus sûrs et plus précis, et c'est ainsi que nous sommes en mesure de dépister les suppurations pulmonaires plus fréquemment qu'autrefois.

Ainsi Marchand trouve 72 abcès sur 222 autopsies pour broncho-pneumonies en 1919. A la même année Brusse prétend que 25% de tous les autopsiés pour une

affection pulmonaire ont présenté des abcès du poumon. Rahnenfuehrer rapporte 7 cas d'autopsies d'abcès post-pneumoniques.

Parallèlement à l'augmentation du nombre d'abcès du poumon nous pouvons constater aussi, à l'heure actuelle, un accroissement du nombre de guérisons spontanées de ces abcès. La guérison spontanée, qui était presque inconnue autrefois, est un fait assez fréquent aujourd'hui, un fait d'une importance capitale, car il a introduit un changement dans nos idées sur la thérapeutique de ces abcès, en nous prouvant que l'intervention chirurgicale, intervention délicate et grave, n'est pas toujours indispensable pour son traitement et que son pronostic est beaucoup moins grave qu'on ne le pensait autrefois.

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Merklen quelques cas d'abcès pulmonaires aigus, qui ont guéri spontanement, nous avons crû qu'il y aurait intérêt de réunir nos observations personnelles avec d'autres observations, publiées dans les dernières années, pour en faire un aperçu d'ensemble et en dégager des conclusions utiles.

Etude Clinique des abcès du poumon.

Historique.

La première description clinique nette de l'abcès pulmonaire et son étude anatomo-pathologique est due à Laënnec, qui l'étudia dans son „Auscultation Médicale". Avant Laënnec cette maladie a été presque inconnue et confondue avec d'autres états morbides donnant de la suppuration, comme la tuberculose pulmonaire, pleurésie purulente de la grande cavité ou interlobaire, gangrène pulmonaire etc...

Ensuite cette étude a été poursuivie, et nous trouvons quelques observations dans la littérature médicale française (Honoré, Chomel, Grisolle) et anglaise (Graves). Mais à cette époque l'abcès pulmonaire a été considéré comme une affection très rare et très difficile à diagnostiquer.

C'est seulement avec le développement de la radiologie et son application à l'étude de toutes les affections pulmonaires, que ce chapitre de la médecine a été bien étudié et l'abcès du poumon a cessé d'être considéré comme une maladie exceptionnelle. Ces affections sont assez fréquentes et beaucoup de cas diagnostiqués jadis comme pleurésies interlobaires ou enkystées, n'étaient en réalité que des abcès pulmonaires méconnus.

L'abcès unique à cavité vaste, occupant la plus grande partie d'un lobe ou plusieurs lobes, est moins fréquent que les petits abcès multiples disséminés qu'on voyait si souvent au cours de la grippe de 1918.

Etiologie.

L'abcès du poumon est plutôt une maladie de l'âge adulte. Il se rencontre le plus fréquemment entre 20 et 45 ans. Toutes les causes de déchéance de l'organisme comme état de dénutrition, intoxication (alcoolisme), maladies prolongées ou chroniques favorisent son apparition.

L'origine des abcès pulmonaires est assez variable. D'après les causes qui leur donnent naissance on les divise en : 1° Abcès directs, 2° Abcès hématogènes, 3° Abcès d'origine broncho pulmonaire, 4° Abcès migrateurs.

1) Les abcès directs appartiennent au domaine de la chirurgie. Ils résultent d'une inoculation septique faite par un agent vulnérant, qui pénètre dans le parenchyme pulmonaire. Une balle d'une arme à feu, un coup de couteau, un éclat d'obus lésant le poumon, voilà la source des abcès directs, abcès qu'on a beaucoup observé pendant la guerre.

2) Les abcès hématogènes sont dûs aux germes infectieux apportés au poumon par la voie sanguine. On les rencontre au cours des infections chirurgicales, comme appendicite suppurée, ostéomyelite, infections puerpérales, suppuration d'origine dentaire (observations Weissenbach) ainsi qu'au cours des maladies infectieuses (endocardite maligne etc. .) Les abcès du poumon peuvent être aussi causés par une embolie, venue d'un foyer de phlebite ou d'une endocardite infectieuse ou ulcero-vegetante.

3) Les abcès d'origine broncho-pulmonaire sont des complications survenant au cours d'une pneumonie ou d'une broncho pneumonie. L'abcès pneumonique est relativement rare. Il est unique, grand, peut présenter cependant 2-3 poches purulentes. Les abcès survenant au cours d'une broncho pneumonie sont plus fréquents, ils

sont nombreux, se présentent sous forme de petits foyers de suppuration, difficile à diagnostiquer, car leur symptomatologie se dissimule derrière les symptomes de la maladie initiale. Parfois une congestion pulmonaire peut aussi donner un abcès.

4) Il faut encore mentionner les abcès migrateurs dus à la propagation d'une suppuration d'un organe du voisinage. Ces abcès sont très rares. C'est généralement un abcès unique, volumineux, communicant avec le foyer d'origine. Notons encore l'abcès amibien, fréquent dans les pays méridionaux, qui est dû à la propagation directe (foie) ou par voie sanguine de l'infection amibienne, survenant au cours ou après une dysenterie amibienne.

Bactériologie.

L'étude bactériologique des abcès pulmonaires est importante, car souvent elle nous donne des indications sur l'origine de l'abcès et détermine ainsi notre thérapeutique. Mais ce n'est pas toujours facile d'identifier le germe pathogène. C'est par l'examen du pus et de l'expectoration qu'on arrive à le reconnaitre. Les microbes que l'on trouve dans le pus peuvent être en état de pureté ou bien en association. Les germes les plus fréquents des suppurations pulmonaires sont le streptocoque et le pneumocoque, viennent ensuit le staphylocoque, le pneumobacille de Friedlaender. L'abcès amibien contient des amibes. Kourilsky dans sa thèse insiste sur l'importance des abcès à streptocoques, donnant parfois une symptomatologie très bruyante et se terminant fréquemment par la guérison.

Les abcès où l'odeur est fétide contiennent généralement des anaérobies et des spirochetes.

Anatomie pathologique.

Les abcès siègent le plus souvent dans le lobe inférieur et, d'après les observations, dans le poumon droit. Cependant le poumon gauche et les lobes supérieurs ne sont pas épargnés.

D'après leur aspect et dimensions on peut classer les abcès en 3 catégories :

1) L'abcès unique et volumineux,
2) Les petits abcès multiples,
3) l'infarctus suppuré.

Le grand abcès unique, le plus souvent postpneumonique, se creuse dans un lobe pulmonaire au milieu d'un foyer d'hépatisation grise. Il atteint les dimensions d'un oeuf, d'une mandarine, d'une tête de foetus. Les parois de cet abcès sont anfractueuses, déchiquetées, quelquefois tapissées d'une membrane pyogénique. Il faut noter la présence dans cette membrane pyogénique des capillaires dont la rupture peut produire des hémoptysies, complications fréquentes et parfois très redoutables de l'abcès pulmonaire. Le contenu de l'abcès est formé par du pus épais, inodore ou fétide.

Parfois on trouve au lieu d'un abcès quelques uns à contours nets, polycycliques, siégeant dans la zone hépatisée. Les parois qui séparent ces abcès s'effondrent finalement et les abcès se fusionnent pour en former un seul.

L'abcès amibien mérite une description à part. C'est un abcès volumineux et unique. Lautmann, dans sa thèse, nous le décrit d'une façon très nette. Après un stade de nécrose, caractérisée par un tissu pulmonaire atelecatsié, dense rouge foncé, où le microscope met en évidence des leucocytes, des débris de tissus et d'hematies, des amibes, l'abcès se constitue avec des parois déchiquetées, dans lesquelles on trouve des amibes avec des foyers de nécrose sans éléments reconnaissables. Le pus est de couleur rouge ou chocolat, mal lié. Tout ceci est entouré par une zône pulmonaire en voie de nécrose. L'arteriole, dont le territoire atteint est tributaire, est toujours thrombosée.

Les petits abcès sont toujours multiples, du volume d'un pois, généralement arrondis. On les trouve à la périphérie du poumon sous la plèvre, où ils se présentent sous forme de grains jaunes, et peuvent donner lieu à des réactions pleurales. Ils forment de petites cavités, remplies par du pus épais. Ce sont de petits abcès peribronchiques.

Mentionnons en dernier lieu l'infarctus, dû à une ambolie, et qui se met à suppurer. Il est de forme triangulaire, siège à la périphérie, base orientée vers la plèvre. Il est arrondi s'il siège au centre. Ranvier décrit 3 stades de son évolution : infarctus rouge — nodule infectieux, entouré d'une zone congestionnée ; infarctus blanc — arrivée des polynucléaires et cytolyse des cellules alvéolaires ; infarctus suppuré — contenant du pus épais, jaune, bien lié, avec des germes de la suppuration.

Symptomatologie et formes cliniques.

La symptomatologie des abcès pulmonaires diffère avec la nature de l'abcès et avec son origine et c'est pourquoi il est difficile de donner une description d'ensemble. Nous allons faire un court résumé des symptomes d'un grand abcès du poumon, celui qui vient compliquer parfois la pneumonie, et dont la symptomatologie doit servir comme type.

On distingue 2 phases dans l'évolution d'un abcès :
1° La phase de formation de l'abcès,
2° Phase de l'ouverture de l'abcès et de son évacuation.

La phase de formation de l'abcès est caractérisée par tous les symptomes d'une infection broncho-pulmonaire avec son début plus ou moins typique. Fièvre, frissons, point de côté, dyspnée, toux, expectoration, état général mauvais font penser à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie. L'expectoration est suivant le cas du type pneumonique (rouillée) ou bien muco-purulente. Parfois elle est sanguinolente (voir l'observation personelle1).

Les signes physiques sont en général ceux d'une pneumonie. On trouve une zône de matité, des râles bulleux et un souffle. Parfois le souffle manque ; on ne trouve qu'une matité avec quelques râles. Dans d'autres cas les signes physiques sont très discrets et forment un contraste avec les signes généraux bruyants. On se trouve alors dans la difficulté de faire le diagnostic. En effet, en ce moment aucun signe net n'indique la formation de l'abcés.

Quelques auteurs américains estiment que l'examen de la formule sanguine fait à ce moment montre une leucocytose très intense pouvant aller jusqu'à 60 000 par mm^3 avec 90% de polynucléaires, ce qui serait en faveur d'une suppuration, les pneumopathies ordinaires ne donnant pas une telle leucocytose.

La maladie continue à évoluer. Mais au lieu d'une défervescence la temperature reste stationnaire, ou bien, après une courte remission, où tous les symptômes se sont un peu attenués, la température remonte, présente de grandes oscillations. Les signes physiques se modifient légèrement; le bloc d'alvéolite a une tendance à l'extension, la matité se précise, le souffle s'étale, l'état général reste toujours mauvais. Ces symptômes font soupçonner la formation d'un abcès qui se confirme bientôt par la vomique. La vomique apparaît généralement assez tôt, au plus tard au 25e jour de la maladie, d'après Trousseau. Cette règle présente des exceptions, dans une des observations que nous reproduisons (observations E. Bernard, Dubecquois) la vomique est survenue au 75e jour. La poche purulente peut être vidée en une seule fois, dans d'autres cas elle se vide par des vomiques fractionnées avec des intervalles variables. Les matières rendues par la vomique sont constituées par du pus verdâtre ou chocolat, épais. Si l'évacuation se prolonge, le pus peut devenir fétide, même en absence d'anaerobies.

Avec la vomique commence la 2e phase de la maladie. La vomique amène une certaine détente. Le malade se sent mieux. Les signes physiques se modifient, deviennent ceux d'une poche hydro-aerique. La percussion montre une zône tympanique, avec bruit de pot felé. Mais généralement les cavités sont peu volumineuses et assez profondément situées et ne donnent pas de signes nets. L'auscultation laisse entendre des symptômes cavitaires avec souffle amphorique, voix retentissante, râles ou de véritables gargouillements.

Les symptômes énumérés nous indiquent une suppuration intrathoracique. Mais la nature et le siège de

cette suppuration reste à déterminer. C'est ici que la radiologie nous prête son précieux concours et nous permet de localiser la poche purulente et d'examiner son aspect, son contenu.

Paisseau et Solomon dans leur rapport à la société médicale des hôpitaux nous décrivent cet aspect radiologique de l'abcès du poumon. D'après ces auteurs il se présente sous forme d'une poche ovoïde, à grand axe vertical, très nettement délimitée, remplie en partie par une masse liquide à niveau horizontal et mobile avec les déplacements du malade. Au-dessus du liquide il y a une zône très claire, constituée par de l'air. Cette cavité hydro-aérique est entourée d'une coque à double contour par condensation périphérique. Paisseau insiste spécialement sur l'image ovoïde et verticale, qui, d'après lui, serait caractéristique des collections parenchymateuses.

Coffin (thèse de Paris 1925) trouve que la netteté de l'aspect radiologique ne se rencontre pas toujours. Souvent un épaississement de la plèvre ou un épanchement pleural concomittant masque les lésions. Ces cas sont rares. En règle générale, une série d'examens radiologiques, faits en position frontale et oblique, mettent presque toujours la collection purulente en évidence.

L'évolution de la maladie est variable. Si la vomique à vidé l'abcès ou si plusieurs vomiques fractionnées assurent un drainage suffisant de la poche purulente, la guérison peut se faire spontanement. Elle se fait parfois d'une façon rapide en quelque semaines ou bien lentement en plusieurs mois. La toux et l'expectoration diminuent, la fièvre baisse, le poids augmente, les forces reviennent, l'état général devient bon.

Dans d'autres cas l'abcès se vide mal, la suppuration traine, devient fétide, l'état général du malade s'altère, il maigrit, pâlit, présente des doigts hippocratiques et, si la chirurgie ne lui apporte pas son intervention salutaire, le malade succombe finalement à l'infection générale de l'organisme ou à une complication septique quelconque.

On distingue plusieurs formes clinique des abcès du poumon. Ces formes cliniques correspondent à l'aspect anatomo pathologique de l'abcès et aux maladies qui lui ont donné naissance. En dehors du grand abcès, que nous venons de décrire, il existe une forme à petits abcès nombreux, formant de petites poches purulentes, très discrétes à l'examen stetho-acoustique ne se révélant que par quelques râles humides à grosses bulles. Ils se vident généralement par des vomiques fractionnées.

Une forme à part est représentée par l'abcès amibien, complication d'une dysenterie amibienne ou bien une localisation primitive de l'amibiase, qu'on a observée dernièrement chez des sujets, n'ayant eu aucun accident dysentérique ni hépatique dans leurs antécédents (Sergent).

Il se caractérise cliniquement par sa lenteur d'évolution. Il débute par un point de côté, sans fièvre ni toux. La toux apparait plus tard accompagnée d'une expectoration sanglante caractéristique. Celle-ci est remplacée plus tard par des crachats glaireux, muco-purulents abondants, inodores et légèrement striés de sang. Cette expectoration se distingue par son amicrobisme. On y trouve seulement beaucoup d'amibes. L'examen physique montre un foyer d'hépatisation localisé le plus souvent à la base droite. La radio permet de constater une condensation ou une cavité.

Diagnostic.

Nous avons vu combien de variations présente la symptomatologie d'un abcès du poumon et on en déduit la difficulté de faire son diagnostic dans un cas où il n'y a pas de symptômes nets, surtout dans la période de sa formation.

L'étendue de la matité, les signes physiques peu importants avec un état général fortement touché, la formule sanguine indiquant une hyper-leucocytose très intense orientent parfois nos idées vers le diagnostic d'une suppuration pulmonaire. Dans d'autres cas les signes physiques font presque défaut, en raison de la petitesse des abcès et de leur situation profonde, et nous ne pouvons établir le diagnostic qu'avec l'aide de la radiologie. L'importance de la radiologie est énorme ici et son application est indispensable au diagnostic d'un abcès (Paisseau et Iser-Solomon). Même si une vomique vient de révéler la présence d'une collection purulente le diagnostic différenciel avec une pleurésie interlobaire ne peut se faire que par la radiologie, les signes d'auscultation étant souvent insuffisants pour cette différenciation.

Certains auteurs préconisent la ponction exploratrice de la poche comme moyen de diagnostic. Ce procédé est peu recommandable en raison du danger d'infecter la plèvre par le passage de l'aiguille qui a touché le pus.

La tuberculose pulmonaire caverneuse peut être confondue avec un abcès. La recherche du bacille de Koch dans les crachats, l'inoculation au cabaye tranche la question.

La gangrène pulmonaire se caractérise par son expectoration putride.

La dilatation des bronches à une de ses poussées évolutives peut simuler une suppuration pulmonaire. Mais les renseignements donnés par l'évolution de la maladie ainsi qu'un examen radiologique avec une injection préalable de lipiodol dans les bronches lève tous les doutes et établit la nature de l'affection.

L'abcès amibien des poumons se reconnait par ses caractères un peu spéciaux, que nous avons déjà indiqués au chapitre de la symptomatologie, sur lesquels nous ne reviendrons plus, par les antécédents du malade qui, généralement, à déjà été atteint par l'amibiase localisée ailleurs et par la présence d'amibes dans le pus.

Le kyste hydatique du poumon, très rare, se distingue par la vomique évacuant un liquide clair, eau de roche.

En résumé nous pouvons dire que nos moyens d'investigation, qui ne cessent de se perfectionner d'un jour à l'autre, sont tels, qu'à l'hure actuelle nous diagnostiquons beaucoup plus d'abcès qu'auparavant, et qu'il est très rare qu'une suppuration pulmonaire puisse passer inaperçue, malgré notre examen minutieux.

La possibilité et fréquence des guérisons spontanées.

La curabilité des abcès du poumon, sans recourir à une intervention chirurgicale, a été longuement discutée dans les dernières années par les auteurs français et étrangers.

Les anciens niaient ou mettaient fort en doute la possibilité de guérison spontanée d'un abcès du poumon, et, la chirurgie pulmonaire n'ayant pas encore montré ses preu-

ves à cette époque, ils concluaient à l'issue fatale de cette affection. On connait la formule de Trousseau qui affirmait que chaque abcès du poumon comporte un pronostic fatal.

Cependant Laënnec en 1823 envisageait déjà la guérison comme possible. Grâves (Angleterre) signalait aussi des cas d'abcès guéris tout seuls.

Dans les derniers temps beaucoup d'auteurs signalent des cas de guérisons spontanées et la possibilité d'une telle guérison ne fait plus aucun doute. Il est indéniable que les abcès pulmonaires, dont nous faisons actuellement le diagnostic, guérissent, et dans une proportion beaucoup plus importante que celle dont on avait conservé le souvenir.

Déjà Körke, Frænkel (Allemagne) en 1912 tenaient pour relativement fréquente la guérison des abcès consécutifs aux pneumonies et conseillaient de ne pas se hâter d'intervenir. Rahnenfuhrer (Allemagne) invoque l'opinion de Pethes, Quinke, qui considèrent la guérison des abcès pneumoniques plus fréquente qu'on ne le pense. Cet auteur insiste tout particulièrement sur la guérison complète de ces abcès et rapporte les résultats d'une autopsie faite pas Kissling, qui aurait anatomiquement vérifié la restitutio ad integrum d'un abcès pulmonaire.

Récemment les observations de guérison se sont multipliées. C'est surtout à l'époque de l'épidemie de la grippe de 1918-19 que ceci s'observait le plus fréquemment. Dorrendorf (Allemagne) signale 19 cas de guérison sur 31 abcès du poumon postgrippaux.

En France nous observons le même phénomène. Les auteurs français considèrent que la proportion des guérisons spontanées a de beaucoup augmenté. Kourilsky, dans sa thèse (Paris 1927) prétend qu'un quart de tous

les abcès pulmonaires guérissent spontanément, ce qui représente un chiffre assez élevé, surtout vu la fréquence de cette affection, et le peu de guérisons qu'on observait autrefois.

Les observations américaines sont également en faveur des guérisons spontanées fréquentes. Whittlemore fixe cette proportion de 10% jusqu'à 30%. Wessler et Schwartz l'évaluent à 33%.

Nos observations personnelles et les observations recueillies parmi les plus importantes qui ont été publiées dernièrement montrent des cas d'abcès du poumon d'une étiologie et flore microbienne diverses présentant des formes frustes jusqu'aux plus graves, parfois même désespérées (forme septicémique) et qui ont guéri spontanément, épargnant ainsi aux malades le risque d'une intervention chirurgicale. Tous les cas que nous avons rapportés ont été attentivement suivis par plusieurs examens radiologiques, qui nous ont montré la diminution progressive des lésions jusqu'à leur disparition complète. Les rares sequelles que les lésions ont laissées parfois et qu'on pouvait seulement constater à l'examen radiologique n'apportaient aucune gêne dans le bon fonctionnement de l'organe.

Une partie des malades à pu être revue quelque temps après la sortie de l'hôpital, et on a pu constater avec satisfaction que la guérison s'est presque toujours maintenue.

Observations personnelles et recueillies.

Observation I.

publiée par MM. Merklen, Hanns, Cornu.

Mr. X... âgé de 30 ans, entre le 13 mars 1930 à la Clinique Médicale A pour point de côté avec douleur à l'épaule droite, dyspnée et toux, ayant débuté 3 jours auparavant. Il présente actuellement une température de 39°,4, un pouls à 90, un état général assez mauvais; submatité à la base droite, diminution du murmure vésiculaire, quelques râles fins, expectoration seromousseuse. Une ponction exploratrice amène un liquide louche, contenant des polynucléaires, sans microbes visibles et stériles à la culture. Les crachats ne contiennent pas de microbes à l'examen direct. A part des traces d'albumine dans les urines, rien à signaler aux autres organes. Urée sanguine 0,31; T. A. 10,5 — 8; leucocytes: 20 000 par mm3.

L'affection se présente somme toute comme une corticopleurite ou une congestion pulmonaire, à type spleno-pneumonique et réaction pleurale. Elle continue à évoluer les jours suivants avec une fièvre aux environs de 39°; un pouls à 90; le malade tousse beaucoup, mais n'expectore que quelques crachats mucopurulents sans caractères spéciaux.

A l'auscultation le surlendemain: râles fins dans le 1/3 inférieur du poumon, léger souffle à la partie supérieure du foyer. Une nouvelle ponction exploratrice reste blanche.

La radioscopie montre le 13. III. un petit épanchement de la base droite et une infiltration du 1/3 inférieur; le 20. III. opacité plus forte et plus étendue dans la moitié inférieure du poumon droit, le reste des deux poumons demeure parfaitement clair.

Le 23 mars, vers 1 heure de l'après-midi, le malade est pris, après un accès de toux pénible, d'une forte hémoptysie de sang (100 cc environ). La nuit l'hemoptysie recommence, et le lendemain matin le malade expectore encore après chaque accès de toux des crachats teintés de rouge. Les diverses médications employées: morphine, chlorure de calcium, serum gelatiné sont sans effet.

En même temps, la température qui avait quelque peu baissé, remonte; le pouls s'accélère à 120, l'état général s'aggrave le malade est anxieux, agité.

Le 25, l'hémoptysie parait jugulée, il n'y a plus qu'une expectoration de crachats brun-rougeâtres, qui prennent peu à peu l'aspect simplement rouillé. Dans la nuit nouvelle hémoptysie, plus forte que la première qui continue le lendemain et dans la nuit suivante.

Des hémoptysies marquées et réitérées devaient tout naturellement orienter le diagnostic vers l'idée d'une poussée aiguë de bacillose pulmonaire, d'autant que le malade apparaissait très intoxiqué. L'échec des therapeutiques usuelles rendait logique et même indispensable l'établissement d'un pneumothorax artificiel, destiné au surplus à enrayer le processus tuberculeux. Nous le pratiquâmes d'urgence quoique n'ayant pas trouvé de bacilles de Koch dans les produits d'expectoration et que le liquide pleural du début ait enfermé des polynucléaires. Seuls se décollèrent le sommet et la zône inférieure du poumon, la partie moyenne resta adhérente.

Cinq insufflations n'empêchèrent pas l'hémoptysie de se produire: crachats rouges alternant avec des rejets de sang pour ainsi dire subcontinus. Aggravation de l'état général; élévation de la fièvre à 40° le 31 mars; cependant le 1 et 2 avril légère rescipience des hémoptysies et de la fièvre, qui tombe à 38°.

En même temps un nouveau phénomène se manifestait: avec le sang le malade se mit à expectorer du pus franc. Cette expectoration se répéta plusieurs fois, si bien que l'idée de suppuration pulmonaire ne pouvait se discuter; au bout de quelques jours le pus expectoré atteignit le 1/4 du crachoir. De nouvelles recherches confirment l'absence du bacille de Koch dans le sang

expectoré, même après homogénéisation, de même que dans le pus. Par contre ce dernier contient quelques pneumocoques, sans autres germes, notamment des spirilles.

Ces résultats bactériologiques nous firent dès lors rejeter l'hypothèse de bacillose, ce qui devait bientôt corroborer l'amélioration rapide du malade.

Celle d'abcès amibien nous vint à l'esprit. Sans doute le malade n'avait il pas quitté la France et était-il indemne de tout accident intestinal passé; mais il avait eu pour voisin de lit, un an auparavant, dans un séjour qu'il a fait à la clinique pour rhumatisme blennorragique, un ouvrier dysentérique amibien qui travailla par la suite, dans son atelier, à ses cotés. Nous ne trouvâmes toutefois pas d'amibes dans l'expectoration ni à l'examen direct, ni après fixations au Bouin et coloration à l'hématoxyline. 5 cc de crachats purulents et sanguinolents furent injectés à l'aide d'une sonde dans le rectum d'un jeune chat de 6 mois, sous anesthésie; occlusion consécutive pendant 24 heures. Le chat n'eut aucun signe morbide.

Avant d'avoir eu connaissance de ces résultats, nous eûmes recours à l'émétine le 3 avril, à la fois en vue d'une amibiase pulmonaire éventuelle et à titre d'hémostatique. Le malade reçut de 0,08 à 0,12 d'émétine pro die sous la peau durant 8 jours.

Au bout de 2 à 3 jours un mieux se fit sentir; mais déjà avant l'émétine il y avait une tendance à l'amélioration, et la température avait passé de 39° à 38°. Il est donc difficile de dire quel fut le rôle exact de l'émétine. En tout cas elle n'agit pas sur le sang et le pus, qui ne diminuèrent tous deux que vers le 8 ou 9 avril, pour tarir 2 ou 3 jours plus tard; à ce moment la température tombait définitivement à la normale et le malade entrait en convalescence.

Comme les effets rapides de l'émétine sur l'évolution des abcès amibiens sont aujourd'hui bien connus, il y avait là encore un argument contre l'amibiase.

La radiographie n'a montré depuis le pneumothorax qu'une zône opaque d'infiltration entre 2 poches d'air; il a été impossible de déceler dans cette infiltration aucune zône hydro-aérique; l'obscurité s'éclaircit peu à peu de façon diffuse à partir du moment de l'apyrexie.

La convalescence s'est prolongée pendant quelques semaines et le malade a quitté la clinique complètement rétabli.

Observation II.

personnelle, inédite.

Eugène W. âgé de 44 ans, commerçant, entre à la Clinique Médicale A. le 20 mars 1930 pour une affection pulmonaire avec toux, expectoration et fièvre.

Ses antécédents héréditaires et collat. ne présentent rien de particulier. Le malade lui-même n'a jamais été malade. Il a fait la guerre, fut blessé à la jambe. En 1918 il a été intoxiqué par un gaz asphyxiant. Pendant 4 années qui suivirent, le malade présenta quelques attaques épileptiformes avec perte de connaissance, convulsions et écume devant la bouche, et que son médecin attribua à son asphyxie précédente. Depuis 1922 il n'a plus eu de crises et se sentit très bien, jusqu'en décembre dernier, où commença sa maladie actuelle.

Vers le commencement du mois de décembre dernier le malade eut un fort refroidissement. Ce refroidissement commence avec une légère élévation de la température et des frissons. La toux n'est apparue que plus tard, s'aggravant peu à peu, quinteuse. Pas de crachats. Pendant ce temps le malade avait toujours des frissons répétés, mais malgré ceci il continuait à travailler. Vers mi-janvier sa toux prit un caractère violent. Le malade consulte un médecin qui diagnostique une bronchite. Après quelques jours de repos le malade se sent mieux et recommence à travailler. Sa toux persiste, mais atténuée, quelques rares crachats.

Il y a 3 semaines les phénomènes s'aggravèrent de nouveau. La toux devient plus forte, l'expectoration abondante. Le malade fait une vomique d'un pus à odeur fétide. En même temps la fièvre monte à 40°, l'état général devient mauvais avec sueurs, inappetence, amaigrissement considérable. Après un séjour de 15 jours chez lui le malade se fait admettre à l'hôpital.

L'examen à l'admission montre un homme de corpulence moyenne, très amaigri, le malade ayant perdu 10 kg. Signes d'éthylisme très prononcés, le malade ne nie, d'ailleurs, pas son abus d'alcool.

L'examen du thorax montre une submatité à la partie moyenne du poumon droit. A l'auscultation on constate une respiration soufflante au même endroit avec un foyer de râles crepitants à la partie moyenne et à la base du poumon droit. Légère augmentation des vibrations vocales. L'expectoration est abondante, couleur verdâtre, mais ne présente pas la fétidité que le malade accusait au début.

Un examen radiologique pratiqué aussitôt montre une infiltration homogène dans la partie moyenne du poumon droit.

La fièvre persiste, présente de grandes oscillations. Après quelques jours on fait un nouvel examen radiologique qui cette fois montre une infiltration dans la partie moyenne du poumon droit avec une petite image hydro-aérique dans son centre. On conclut à un abcès du poumon. On s'abstient de toute thérapeutique violente.

L'expectoration reste abondante, mais la fièvre commence à baisser, l'état général devient meilleur. Une nouvelle radio faite 8 jours plus tard montre la même image hydro-aérique avec un niveau horizontal surmonté d'une poche d'air en demi-cercle.

La température continue à baisser et revient à la normale au 20e jour. L'expectoration diminue, l'état général s'améliore de plus en plus. Le malade reste sous le contrôle de la radio qui montre une diminution progressive de la poche purulente. Les signes stetho-acoustiques s'amendent, l'appétit revient.

Le malade quitte la clinique guéri.

Le traitement se bornait à peu de choses: expectorants et balsamiques (thérébentine).

Observation III.

MM. Hanns et Schneegans.

Mr. X... est envoyé à la Clinique Médicale A, pour point de côté, dyspnée, toux, température de 39°. Il ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Depuis 2 ans le malade avait un ulcère duodenal, qui est opéré le 5 mars. Gastroenterostomie avec exclusion. L'opération est faite sous anesthésie générale à l'éther. Il ne s'est produit aucun incident spécial pendant sa durée. Trois heures après l'opération le malade a ressenti une forte gêne à l'inspiration et de la dyspnée. Une cyanose peribuccale et de la toux sont apparues; depuis la température oscille entre 38° et 39°. Une saignée de 500 cc et des injections de strychnine et de camphre sont faites à la clinique chirurgicale, qui le soulagent un peu; ensuite il est envoyé dans le service du professeur Merklen.

C'est un garçon de 17 ans, bien constitué, le visage largement anxieux et cyanosé. Les crachats sont muco-purulents, la dyspnée est légère et pas en rapport avec l'importance des foyers pulmonaires. On trouve à la percusssion une matité dans les 2/3 inférieurs du poumon droit et dans la moitié inférieure du poumon gauche. Les vibrations vocales sont légèrement diminuées. A l'auscultation on entend un souffle tubopleural doux et un peu lointain à la base gauche, plus rude à droite. La respiration est très diminuée dans toute l'étendue de la matité. On pratique une ponction pleurale qui est négative aux 2 bases.

La radio montre une légère opacité diffuse dans toute l'étendue des 2 poumons. Il semblait donc s'agir d'une corticopleurite, peut être, d'une spleno pneumonie de Grancher.

Pendant une dizaine de jours même évolution. Puis tout d'un coup crachement de pus. Forte température en clocher, abattement, sueurs abondantes.

A la radio: Infiltration du poumon droit avec caverne et niveau liquide. Quelques jours après un souffle apparait, souffle caverneux à la partie moyenne du poumon droit avec gargouillements. Examen des crachats: bacilles banaux, pas de bacilles de gangrène.

Depuis cela l'état du malade continue de s'améliorer régulièrement sans aucun incident. Les signes s'estompent à la radio. Le malade quitte la clinique guéri.

Il s'agit donc d'un abcès du poumon droit qui a comme origine une embolie septique partant des sutures opératoires ou bien une broncho-pneumonie suppurée due à l'éther.

Observation IV.

personnelle.

Jean Sch... âgé de 32 ans, mineur, entre le 3 sept. 1928 à la Clinique Médicale A, pour fièvre, frissons et douleur thoracique.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial. Pas de maladie d'enfance. En 1916 le malade a eu une pleurésie purulente gauche pour laquelle il a été opéré. Le pus s'écoula pendant 3 mois. L'ouverture se cicatrisa bien.

La maladie actuelle commence au moment où le malade fait un séjour à la maison de convalescence de Schirmeck. Brusquement le malade est pris d'un accès de fièvre qui monte à 40°, frissons, douleurs thoraciques, abattement, sueurs. On le transporte à la Clinique Médicale A.

L'examen à l'admission montre un homme en état de nutrition médiocre, téguments jaunâtres, muqueuses pâles, aspect fatigué. La percussion du thorax donne une matité dans presque toute l'étendue du poumon gauche. A l'auscultation on trouve une obscurité respiratoire dans la partie postérieure du poumon gauche, et un foyer de râles sous l'aisselle gauche. L'expectoration est muco-purulente. Appareil circulatoire, digestif et le système nerveux sont sans particularité.

L'évolution continue. Quelques jours plus tard le malade fait une vomique de 300 cc, pus fade, jaunâtre. La température oscille entre 38° et 38°5. L'état général devient meilleur. Les douleurs diminuent, l'expectoration persiste. Sous l'aisselle gauche on trouve de gros râles humides avec orquements.

L'examen radiologique montre une image hydro-aérique dans la région latérale de l'hémithorax gauche (abcès du poumon). L'examen du pus donne des pneumocoques.

Depuis là, l'état du malade s'améliore, la température baisse, devient normale, l'appétit revient, l'expectoration a presque disparu. Les signes physiques montrent encore quelques signes caverneux, mais le malade se sentant bien, quitte la clinique. Il n'a pas été revu.

Observation V.

Laederich et Poumeau-Delille.

Louis V...., charbonnier, âgé de 46 ans, entre à l'hôpital Necker le 15 novembre 1928 pour une affection pulmonaire aiguë. Il a été pris 2 jours auparavant de frissons, de fièvre et d'un point de côté à droite. A son entrée la température atteint 39°,8, le malade, alcoolique invétéré et agité, son facies est voltueux, respiration rapide mais l'expectoration est mucopurulente, sans caractères congestifs. L'examen des poumons ne permet de découvrir aucun foyer congestif; on note une submatité du sommet droit; vibrations normales; à l'auscultation on ne perçoit que des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux champs pulmonaires. L'examen des autres appareils est absolument négatif.

En présence de ces symptômes on pense qu'il s'agit d'une bronchite aiguë banale, avec, peut être, un foyer congestif banal pour expliquer le point de côté, mais on fait aussi des réserves sur la possibilité d'une poussée évolutive bacillaire. Bien que la recherche du bacille de Koch dans les crachats soit négative, ces soupçons augmentent les jours suivants, car la température se maintient en plateau autour de 39°, le malade est abattu. L'examen physique montre toujours des râles sibilants et ronflants disséminés.

On soumet le malade à un examen radioscopique et on découvre à notre grande surprise, sur l'écran, une image typique d'abcès pulmonaire: image hydro-aérique du volume d'une orange, ovalaire, à grand axe vertical, se trouvant dans la partie externe de la région sous-claviculaire droite. Le niveau liquidien de la poche est mobile avec les mouvements du malade. La poche est limitée par un contour assez mince. A sa partie infero-externe elle se continue avec une zône obscure jusqu'à la paroi thoracique latérale. Le reste du parenchyme est sain.

Surpris par cette découverte radiologique nous pratiquons un nouvel examen stetho-acoustique, mais celui-ci reste aussi négatif que les précédents.

L'interrogatoire du malade, en vue de dépister une amibiase, apprend que le malade a séjourné 2 ans en Algérie, mais ne se souvient d'aucun épisode dysentérique; rentré en France depuis cette époque (il y a 20 ans) il a toujours été bien portant. L'examen des crachats et des selles ne permet de découvrir ni amibes, ni kystes. L'analyse du sang montre une légère polynucléose avec 2 % d'éosinophiles.

Malgré ce résultat négatif, nous décidons d'instituer un traitement émétinien d'essai. Le malade reçoit en 9 jours 0,84 gr. d'émétine en injections intraveineuses.

La température, qui est brusquement tombée de 39° à 37°,6 la veille de la première piqûre, ne remonte plus à partir de ce jour. Le malade se sent amélioré. La toux et l'expectoration disparaissent, l'état général redevient normal.

Une radiographie pratiquée à cette époque montre une diminution extraordinaire de l'abcès, qui n'atteint pas même le volume d'une noix, mais où on distingue encore un peu de liquide. Une autre radiographie, faite 20 jours plus tard laisse encore voir une petite perte de substance avec une minime quantité de liquide. Une seconde série d'injections d'émétine est faite, après quoi le champ pulmonaire devient normal et le malade quitte la clinique complètement rétabli.

Observation VI.

Brulé, Laporte.

Mr. M..., mécanicien, âgé de 56 ans, entre à l'hôpital Tenon le 25 décembre 1928 pour toux et expectoration fétide apparue 3—4 jours avant son entrée. Depuis 2 mois il présentait à 2 ou 3 reprises un point de côté à la partie moyenne du poumon droit, disparaissant après l'application de ventouses et de cataplasmes. Pas de fièvre ni toux.

Le 3 décembre apparait une douleur thoracique violente à droite, forçant le malade à se coucher. Ramené chez lui la douleur disparait en quelques heures. Deux jours plus tard il reprend son travail.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital le malade commence à tousser et expectorer; une fièvre de 38°,4 apparait. La toux survient pendant la nuit. L'expectoration est blanche-verdâtre, légèrement fétide, jamais sanguinolente.

Dans les 4 à 5 premiers jours le malade a présenté quelques sueurs nocturnes, pas de vomissements, son appétit a augmenté.

Dans les antécédents on ne note aucune maladie pulmonaire. Le malade a fait un séjour en Afrique du Nord (il y a 35 ans) durant 4 ans. Pas de troubles intestinaux, pas de syphilis.

Au premier examen, au lit d'hôpital, le malade semble être très touché, bien que la température ne dépasse pas 37°,5. L'aspect général est mauvais, la toux très intense, mais les crachats relativement peu abondants, muco-purulents, très nettement fétides.

Malgré l'intensité de ces troubles fonctionnels, l'examen physique des poumons révèle peu de chose. Le poumon gauche est normal. A la partie moyenne du poumon droit en arrière la respiration est diminuée et près de la colonne vertébrale on perçoit un léger souffle tubaire. Il n'y a ni submatité ni modification des vibrations vocales.

La radiographie faite le 29 déc. précise le diagnostic en montrant à la partie moyenne du poumon droit un volumineux

abcès d'une grosseur d'une orange, rempli à moitié de liquide dont le niveau supérieur reste horizontal, lors des déplacements du thorax devant l'écran.

Le diagnostic d'abcès pulmonaire fétide était fait. Cet abcès ne s'évacuait qu'imparfaitement par de petites vomiques fractionnées. La fièvre ne s'élève qu'une fois à 39°, restant normale tous les autres jours.

Le malade reçoit 2 injections de novarsenobenzol (0,15 et 0,30), il prend l'hyposulfite de soude, mais son état ne s'améliore pas. Alors on pratique des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine (0,06) pendant 4 jours. Presque immédiatement une amélioration très nette se manifeste, la fétidité des crachats disparait, l'expectoration diminue. Après 6 jours d'interruption le traitement par l'émétine est continué pendant 5 jours. Le malade cesse de cracher, son poids augmente, il se déclare guéri.

Une radio faite à ce moment, montre une diminution de l'abcès, qui présente encore un peu de liquide. Une 3e radio 10 jours plus tard, montre l'abcès gros comme un haricot. Dès lors le malade reçoit encore 3 injections d'émétine et quitte l'hôpital. 4 jours plus tard il revient de nouveau avec quelques crachats fétides. On fait une radio et on voit une petite zône sombre à côté de l'abcès guéri. On craint un 2ème abcès et on recommence le traitement émétinien (10 injections intraveineuses). Tout rentre dans l'ordre, le malade quitte l'hôpital.

Pendant toute la maladie l'examen des crachats a montré une flore microbienne banale. Pas d'amibes dans les crachats ni dans les selles.

Observation VII.

Brulé, Laporte.

Mme B...., âgée de 21 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital Cochin le 11 février pour une affection pulmonaire aiguë. Il y a quelques jours elle avait des maux de tête puis elle a commencé à tousser sans expectorer. Le lendemain un point

de côté apparait, la fièvre monte à 39°. A son entrée à l'hôpital la fièvre tombe à 38,2° et se maintient aux environs de 37° — 38°. L'examen des poumons étant négatif on diagnostique une grippe banale.

A partir du 16 février la température monte de nouveau, la toux apparait, crachats muco-purulents avec quelques stries sanguinolentes, qui disparaissent au bout de quelques jours. Un point de côté violent apparait au niveau de l'aisselle droite. La température présente de grandes oscillations mx 40° mn 38,5°. L'état général devient mauvais avec anorexie, nausées, agitations, haleine fétide, pouls à 110.

L'examen physique, au contraire, montre très peu de symptômes. A peine constate-t-on une zône de submatité au sommet du poumon droit, pas de souffle. Autres organes s. p.

On pratique une radiographie qui révèle une image de caverne du lobe supérieur droit, arrondie, de la grosseur d'une pièce d'un franc, mais sans niveau liquide. L'examen des crachats a montré des pneumocoques, pas de spirochètes.

L'interrogatoire de la malade prouve que la malade n'a jamais quitté Paris, mais qu'elle a eu une diarrhée qui a duré un certain temps qui s'est améliorée avec le changement du régime. Elle n'a jamais été en contact avec les dysentériques.

Bien qu'il n'existe pas de raisons pour penser à un abcès amibien, on institue un traitement émétinien. En même temps on lui donne 2 comprimés de Stovarsol par jour.

Dès le début de ce traitement une amélioration considérable se manifeste. La fièvre tombe, l'état général devient meilleur. La toux persiste, mais l'expectoration diminue. De nouvelles radiographies faites chaque semaine montrent la diminution graduelle de la cavité.

Le 1er avril le malade présente une rechute. La radio montre que l'ancien abcès s'est élargi vers en bas. Une nouvelle série d'injections d'émétine est pratiquée. L'amélioration ne tarde pas à venir, tous les symptômes disparaissent et la malade quitte l'hôpital pour achever sa convalescence à la campagne.

Observation VIII.

Weissenbach.

Weissenbach rapporte l'observation d'un abcès du poumon droit, survenu à la suite d'une lésion suppurée alvéolo-dentaire. Le pus contenait le streptocoque. Malgré les symptômes bruyants et la gravité de l'état général on s'est abstenu de l'intervention chirurgicale, traitant le malade par une therapeutique dietetique et médicamenteuse et surveillant attentivement le malade pour être prêt à intervenir à la moindre alerte. Le traitement se bornait à l'autovaccinothérapie et injections intra-trachéales d'huile eucalyptolée. L'évolution de la maladie se fit régulièrement vers la guérison malgré quelques légères rechutes. La malade a quitté l'hôpital complètement rétablie.

Observation IX.

Eschbach.

Mme S..., 30 ans, enceinte de 5 mois, présente après une grippe une congestion pleuro-pulmonaire au niveau de la base droite et la région sous axillaire droite. D'abord on trouve une pleurite avec frottement puis signes de congestion. Température 37° — 38° Ceci persiste plusieurs jours, ensuite on note une matité à la base droite, des râles crépitants et un souffle. Toux avec expectoration muco-purulente. Quelques jours après une détente se produit. Température maximum 38°. Souffle disparait, toux diminue, seulement la langue reste très chargée, vomissements sont très faciles. Puis brusquement l'état général commence à s'aggraver. La température monte de nouveau, les forces déclinent, le teint devient terreux. La matité se restreint et occupe la partie inférieure du poumon. A l'auscultation silence absolu. Les crachats renferment des pneumocoques.

Cinq jours plus tard une vomique se produit et donne 200 cc de pus. Une radiographie antero-postérieure montre en plein lobe inférieur du poumon droit une masse volumineuse bien dé-

limitée, uniformément opaque, avec un niveau liquide surmonté d'une zône claire dans sa partie supérieure.

Les jours suivants, l'expectoration continue de moins en moins abondante, purulente puis muco-purulente. La respiration reprend peu à peu dans la région de l'abcès sous forme de bruits caverneux, ensuite sous crépitants. La température descend à la normale.

Quinze jours après la vomique l'expectoration est nulle, l'état général excellent, les forces reviennent. La malade revue 6 mois plus tard est en bonne santé. Elle a accouché normalement et à terme. L'examen radiologique du poumon droit ne décèle aucune opacité, montre seulement un petit voile de la même région.

Aucun traitement.

Observation X.

Bernard, Gilbert, Dreyfus, Desbucquois.

Une femme de 28 ans se tire une balle de révolver dans l'abdomen. Une laparotomie fait constater une plaie des faces antérieure et postérieure de l'estomac. L'opération réussit parfaitement. Mais deux jours plus tard la malade est prise d'une dyspnée considérable, sa température s'élève à 40°. Elle tousse un peu et expectore des crachats mucopurulents d'apparence banale; on note de la matité à la base gauche, un souffle tubaire, des râles sous-crépitants. On porte le diagnostic de bronchopneumonie post-opératoire.

Cependant cet état n'a aucune tendance à s'améliorer. Nous voyons la malade 1 mois après le début des phénomènes pulmonaires. Elle a une température qui oscille autour de 39°, de la polypnée, une tachycardie accentuée, une leucocytose à 17 000 avec 89 % poly. L'examen des poumons montre à gauche une matité étendue de la base à la pointe de l'omoplate, un souffle de toute l'aire des poumons, de gros râles bulleux.

L'examen radiologique n'offre qu'un voile diffus de l'hémithorax de sa moitié inférieure. Mais l'examen des crachats montre de très nombreux streptocoques à l'exclusion d'autres germes. L'expectoration est peu abondante, mais au 37e jour de la maladie elle passe brusquement de 30 cc à 100 cc constituant une petite vomique où le streptocoque se retrouve à l'état de pureté.

L'état général s'améliore lentement, la température se maintient entre 38° et 39° pendant 2 semaines, entre 37° et 38° pendant un mois. Les symptômes fonctionnels disparaissent, mais les signes physiques persistent longtemps. Au bout de 3 mois la guérison est obtenue.

Comme traitement on a tenté de faire un pneumo qui a échoué. La guérison parait donc exclusivement attribuable à la nature médicatrice.

Observation XI.

E. Bernard, Desbucquois.

Un homme de 24 ans, dans la convalescence d'une angine d'apparence banale, présente un état hautement infectieux avec ascension thermique à 40°. Au moment de son entrée à l'hôpital il n'offre à l'examen aucun symptôme de localisation et l'on pratique, pour s'aiguiller, une hémoculture qui restera négative. Mais au 12e jour de la maladie un point de côté d'une grande violence apparait subitement au niveau de l'hemithorax gauche. L'examen du poumon révèle à la base de la submatité avec silence respiratoire et audessus un souffle doux avec quelques râles fins. La radioscopie offre une ombre suspendue qui pourrait en imposer pour une interlobite.

Le lendemain les signes cliniques et radiologiques étant devenus ceux d'une réaction pleurale de la grande cavité, on pratique une ponction qui permet de retirer un liquide louche donnant un streptocoque par culture. Il ne s'agit que d'une mince lame de liquide qui s'épuise rapidement.

Les signes physiques se modifient une deuxième fois: tandis que dans le tiers inférieur se maintiennent la matité et l'obscurité respiratoire, au-dessus on note du tympanisme et un gros souffle tubaire avec râles sous-crépitants. Un examen radioscopique montre au niveau du tiers moyen une image hydro-aérique, nette dans son aspect, mais difficile à interpréter, car pendant toute cette période le malade n'a qu'une expectoration insignifiante. Ensuite apparait au niveau de la base une image obscure à contours arrondis offrant bientôt l'aspect d'une cavité. Comme signes physiques il y a toujours le silence respiratoire surmonté d'un souffle lointain accompagné de râles fins. Mais à côté de ces signes physiques peu importants l'état général permet toutes les alarmes, des oedèmes apparaissent, s'étendent, diffusent, des frissons solennels surviennent quotidiennement, la température prend le type oscillant, le steptocoque est décélé dans le sang, l'abcès métastatique apparait. Enfin au 75e jour une vomique de 400 p. survient; on y trouve le streptocoque à l'état de pureté: Malgré que cette vomique se continue pendant 6 jours et entraîne 1 500 cc de pus, les signes radiologiques demeurent presque indifférents. Mais le drainage provoque rapidement la sédation des symptômes généraux, la température baisse et finalement après une évolution de trois mois et demi la guérison spontanée est obtenue avec disparition complète des signes stethoscopiques et radiologiques.

Observation XII.

Roger Cattan (s. méd. des hop. 19 oct. 1928) nous présente un cas d'une jeune femme qui à la suite d'une pneumonie franche, présenta un abcès à pneumocoque dont l'évolution dura 2 mois. Chez cette malade la vomique fut fractionnée, nummulaire. L'apparition des signes cavitaires et d'une expectoration purulente ne contenant pas de bacilles de Koch fit présumer le diagnostic, celui-ci ne put être affirmé qu'après l'apparition d'une image radiologique nette. Celle-ci persiste longtemps après la disparition des signes cliniques et le retour apparent de la santé. La guérison est survenue spontanément.

Observation XIII.

Achard, Soulié.

Achard et Soulié présentent le cas d'un jeune homme de 25 ans qui après une angine rouge durant 3—4 jours a été pris d'un violent point de côté, fièvre de 40°, frissons, toux quinteuse sèche. Les mêmes symptômes moins le point de côté persistent pendant 5 jours et le malade décide de se faire admettre à l'hôpital. A l'admission on constate une forte dyspnée (30 à 1'), un facies voltueux, température de 39°, pouls à 110, toux, expectoration purulente inodore, le malade a commencé à expectorer depuis 19 heures seulement.

A l'examen physique on trouve une matité sous la clavicule droite et une submatité dans la fosse sus-épineuse du même côté. L'auscultation montre des râles sous-crépitants fins sous la clavicule et dans l'aisselle droite et quelques râles au sommet en arrière. Pas de souffle.

Les autres organes s. p.

L'examen radioscopique a montré dans le lobe moyen du poumon droit une poche claire, cerclée, d'un anneau sombre et présentant un niveau liquide mobile. L'examen des crachats a donné le streptocoque, des bacilles fusiformes en amas et des spirochètes.

On fait le diagnostic d'abcès pulmonaire dû à une association fuso-spirillaire. On décide de faire un traitement arsenical. Le malade reçoit une injection de 0,15 de novar. Dans 2 jours 0.30, après 4 jours 0,45, puis 0.60 (3 injections avec intervalle de 4 jours chacune).

Après la première injection du novar la température a commencé à baisser. Et lentement l'état général commence à s'améliorer en même temps que les signes physiques et radiologiques. Le malade fait encore une courte poussée de fièvre à cause d'une retention de crachats dans la poche mais ensuite la convalescence continue sans aucun incident et au bout de 4 semaines le malade quitte l'hôpital en très bon état. La guérison a été contrôlée par la radiologie. En tout le malade a reçu 3,30 p. de novar.

Observation XIV.

Achard, Mouzon.

Mme. L..., âgée de 24 ans, femme de chambre entre à l'hôpital Beaujon le 23 avril 1925 avec une dyspnée, 42 respirations à la minute, un facies cyanosé. Elle raconte qu'il y a 1 mois elle a fait une fausse-couche et qu'elle a conservé depuis quelques pertes fétides. Deux jours avant son entrée elle a été prise brusquement d'un grand frisson et d'une douleur dans le côté droit, la température, est montée à 39°. Puis elle a commencé à tousser et expectorer quelques crachats visqueux.

A l'examen du thorax on constate une matité qui n'est pas absolue dans les 2/3 inférieurs du côté droit en arrière et dans toute l'aiselle; en avant cette matité remonte au dessus du mamelon. Pas de scodisme, le foie est abaissé. A l'auscultation le murmure vesiculaire est très diminué à la base; mais à la limite supérieure de la zône mate, on entend un souffle tubaire, surtout prononcé dans l'aisselle. Au-dessus et au-dessous de ce souffle on perçoit des râles sous-crépitants aux deux temps et des frottements.

La langue est suburrhale, le pouls est à 120, la température monte le lendemain de 37° à 39°. Le col utérin est gros, mou, entr'ouvert. La malade a des pertes fétides. Une ponction exploratrice retire 2 cc de pus jaune, bien lié, sans odeur et sans microbes.

Pendant quelques jours la dyspnée diminue, la respiration tombant à 18 à la minute. Le point de côté s'atténue. Les crachats sont visqueux, adhérents et franchement sanglants. Le souffle disparait et les râles envahissent presque tout le poumon.

Le 28 avril la matité occupe en arrière tout le poumon, mais fait défaut en avant. Le murmure vésiculaire est très diminué dans la zône mate. Pas de souffle, pas de bronchophonie, pas de pectoriloquie aphone. Les râles ne s'entendent plus en arrière, mais sous l'aisselle et en avant.

La toux persiste ainsi que l'expectoration. La température se maintient à 39°, le pouls est à 130. Une radioscopie faite le

lendemain montre les 2/3 inférieurs du poumon droit uniformément gris, mais l'opacité n'est pas complète, les espaces intercostaux restent visibles. La partie supérieure de la zône sombre est mal limitée.

Le soir du même jour on remarque la fétidité de l'haleine et dans la nuit se produit une vomique de pus à odeur putride, dont l'examen montre la présence de streptocoques. A la suite de cette vomique la dyspnée augmente et la température monte à 39°—40°. L'examen radioscopique montre dans la zône sombre à la partie moyenne du poumon deux lignes de niveau distinctes.

On tente de faire une resection costale avec pleurotomie qui montre une plaie épaisse mais pas de pus. On referme la plaie. A la suite la température s'abaisse progressivement, l'expectoration s'est tarie et la guérison complète ne tarde pas à venir.

Donc encore un cas d'abcès pulmonaire, consécutif à une infection utérine, qui a guéri sans intervention.

Observation XV.

Besançon, Chevalley, Oumansky, présentent 3 cas d'abcès pulmonaires guéris sans intervention chirurgicale.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 31 ans, qui a fait une pneumonie franche aiguë à droite. Dans le mois qui suit la défervescence de sa pneumonie elle a présenté au voisinage de l'interlobe les signes d'une suppuration pulmonaire à pneumocoques avec vomique fractionnée. Le traitement a consisté en injections sous cutanées quotidiennes de 5 cc d'huile gommenolée et en injections de chlorhydrate d'émétine 0,04 par jour en tout 0,36. Une amélioration très rapide des signes locaux et généraux s'est manifestée dès le début du traitement par l'émétine et ne s'est pas démentie pendant le mois qui a suivi la sortie de la malade. Guérison.

Observation XVI.

Il s'agit d'une femme de 35 ans qui entre à l'hôpital pour une grippe qui guérit dans une dizaine de jours. Mais à la suite de cette grippe s'établit un état de suppuration pulmonaire qui aboutit à la vomique en 6 semaines. Cette vomique de pus à pneumocoques semble cliniquement terminer en quelques jours la maladie. Le nettoyage radiologique se fait plus tard, au cours de la convalescence. La guérison est complète. Aucun traitement spécial n'a été appliqué dans ce cas.

Observation XVII.

Il s'agit d'une femme de 19 ans, qui entre pour une grippe à la maternité et y accouche en pleine fièvre. Après l'accouchement la fièvre persiste. La toux et l'expectoration apparaissent, et bientôt on constate à l'examen physique des symptomes cavitaires à la base du poumon gauche. L'expectoration contient le streptocoque hémolytique. Après radio on diagnostique un abcès du poumon et on soumet la malade au traitement par l'émétine. Il y a une sédation de tous les symptômes, mais bientôt une nouvelle poussée apparait, qui à son tour ne tarde pas à céder. La convalescence est très longue. La malade est guérie 4 mois après le début de la maladie.

Observation XVIII.

Dargein et G. R. Doré.

Présentent un cas d'abcès pulmonaire chez un homme de 44 ans. Cet homme aurait fait un court séjour à Corfou, 6 ans avant sa maladie. L'abcès se forme à la base gauche du poumon et évolue au début sous le masque d'une congestion pulmonaire aiguë avec réaction pleurale. Une première vomique fractionnée

s'est produite dans les premiers jours et a été la première manifestation, une seconde a duré 6 jours et a été jugulée par 0,16 d'émétine, une 3e 10 jours après, 0,04 du même médicament; une 4e recidive plus tardive et de quantité plus minime a été jugulée en 48 heures; la guérison a été consolidée par 0,32 d'émétine et 7,50 de Stovarsol.

Cet abcès est considéré par les auteurs de l'observation comme d'origine amibienne malgré le fait qu'on n'a jamais trouvé de traces d'amibes dans les crachats, ni dans les selles.

Observation XIX.

Besançon, Jacquelin, Celice

X...., entre à l'hôpital Saint-Antoine le 8 avril 1926 pour toux, expectoration et douleur thoracique. L'interrogatoire du malade montre que le début de la maladie remonte à une dizaine de jours, où le malade a eu brusquement des frissons suivis de fièvre, dyspnée, toux et une douleur au niveau de la partie moyenne du poumon droit. La fièvre s'est maintenue entre 38 et 38,5°. Une expectoration mucopurulente parfois sanguinolente est apparue. Le malade a maigri de 6 kg.

A l'entrée à l'hôpital l'examen fait trouver une matité à la partie moyenne du poumon droit, et silence respiratoire avec quelques râles sous crépitants, bronchophonie, pectoriloquie aphone au même niveau. Ce peu de symptômes contraste avec la fièvre qui monte jusqu'à 39° et 39,5°. L'expectoration est très abondante (1 50 cc). L'examen bactériologique des crachats montre des pneumocoques à l'état de pureté presque absolu. On trouve aussi des fibres élastiques.

La radiologie révèle une image cavitaire à la partie moyenne du poumon droit, remplie à demi de liquide. Les autres organes s.p.

Trois jours après son entrée à l'hôpital le malade présente une amélioration notable. La température à 37°—37,5°, la dyspnée disparaît, l'expectoration diminue, les signes physiques ne se

sont pas modifiés. L'amélioration ne fait que progresser et bientôt l'expectoration devient minime. L'état général devient excellent. La matité se retrécit, il y a encore quelques râles sous-crépitants. La radio faite à se moment montre que la cavité a disparu. A sa place on trouve une zône plus grise que le reste du parenchyme pulmonaire. Le malade est guéri et quitte l'hôpital. Il est revu quelques mois plus tard. Sa guérison s'est très bien maintenue, il n'y a qu'une légère rudesse respiratoire au niveau de l'ancienne zône malade.

Observation XX.

L.., âgé de 17 ans entre le 9 février 1926 à l'hôpital St. Antoine pour toux, expectoration et fièvre. Le début de ces accidents remonte à une quinzaine de jours. Le malade a eu quelques troubles digestifs (vomissements, diarrhée) un peu de fièvre, de la toux avec expectoration. Tout ceci passe. Il reste un peu d'asthénie, le malade reprend son travail. 15 jours plus tard le malade sent une douleur dans le côté droit, cephalée, frisson et entre à l'hôpital.

A son entrée le malade semble être profondément touché. Dyspnée très forte, température à 40° pouls 110. A l'examen physique matité dans les 2/3 inférieurs du poumon droit avec silence respiratoire. Dans le poumon gauche on trouve un foyer de râles sous crépitants à la partie moyenne. L'expectoration est peu abondante. Le malade est très prostré, langue saburrale, meteorisme. L'hémoculture est négative. L'examen des crachats montre de nombreux cocci gram-positifs. La radioscopie présente une grisaille diffuse du champ pulmonaire droit avec immobilité du diaphragme. L'état grave du malade se maintient quelques jours puis les symptômes s'atténuent légèrement. Mais la fièvre persiste, l'expectoration peu abondante montre la présence des staphylocoques par la culture.

Les jours qui suivent l'état reste très alarmant. La température se maintient à 40°, les signes pulmonaires se précisent

et on a des râles sous-crépitants à droite avec matité. L'expectoration devient abondante. Le malade rend 100 cc de crachats purulents par jour. La culture des crachats montre les staphylocoques dorés. Puis apparait un souffle cavitaire à droite. A ce moment la radio montre à droite de la grisaille de l'ensemble du champ pulmonaire une petite caverne ayant un niveau liquide horizontal. On diagnostique un abcès pulmonaire à droite. A la suite cette caverne s'est transformée en une vaste cavité de pus dont le niveau est visible.

Etant donné l'unicité du germe constaté à plusieurs examens on a recours à l'autovaccinothérapie. On pratique des injections sous-cutanées quotidiennes de 1/2 puis 1 cc d'un autovaccin, qui, déterminent au début de fortes réactions fébriles, augmentent l'expectoration. Mais au bout de quelques jours, en continuant toujours la vaccinothérapie la fièvre tombe, l'expectoration tarit et l'état du malade s'améliore notablement. Plusieurs radios faites successivement montrent d'abord la diminution de la cavité, puis disparition du liquide et cicatrisation. Le malade quitte l'hôpital. Revu 6 mois plus tard, son état est resté bon; au niveau de l'ancienne lésion on trouve une rudesse respiratoire. Mais à cette époque le malade présentait encore des streptocoques dans les crachats.

Observation XXI.

E. Weil et Lamy.

M. B..., 36 ans, égoutier entre à l'hôpital Tenon le 31 mai 1929 pour toux, point de côté, fièvre. La maladie a commencé brutalement 7 jours auparavant et a contraint le malade d'interrompre immédiatement son service. Le premier examen fait le 1er juin nous montre un homme vigoureux, bien développé, il est dyspnéique; et présente 42 respirations par minute. La percussion du thorax est douloureuse en avant à la hauteur de la région mammaire et dans le dos au niveau de la pointe de l'omoplate. En avant la sonorité est normale et égale des deux cô-

tés; en arrière, au contraire, on note une submatité très nette de toute la moitié inférieure de l'hémithorax droit. Les vibrations vocales sont diminuées dans la même région. L'auscultation donne peu de résultat: tout au plus constate-t-on une légère diminution du murmure vésiculaire de la moitié inférieure de l'hémithorax droit. Après avoir fait tousser le malade, on entend dans la même zône quelques râles sous-crépitants; mais il n'existe ni retentissement de la toux, ni souffle, ni modification de la voix. Le malade n'expectore que quelques crachats mucopurulents ressemblant à ceux d'une bronchite banale.

Les bruits du coeur sont bien frappés, le pouls, régulier bat à 100 par minute. La température est de 39,4°. Les urines atteignent 1 litre par 24 h., ne contiennent pas d'albumine, foie, rate s. p.

Le lendemain les mêmes symptômes persistent, on se décide à pratiquer une ponction exploratrice; elle permet de retirer quelques cm3 d'un liquide louche contenant quelques polynucléaires altérés, mais pas de germes. Le 3 juin on constate une ébauche de crise. Le malade est pris de sueurs abondantes, la température tombe à 38° en même temps une forte diurèse s'installe, mais les signes physiques restent les mêmes.

L'état du malade reste stationnaire le jour suivant, mais le 6 il a une véritable vomique fractionnée et rejette dans la journée 150 cc environ de crachats purulents.

L'examen des crachats montre très peu de germe. On n'y trouve que quelques rares cocci, la recherche du B. K. reste négative. Ce jour là les signes physiques demeurent à peu près les mêmes: matité et silence respiratoire à la base droite, sans souffle ni bruits humides.

Un examen radioscopique, pratiqué le lendemain, montre dans l'hémithorax droit, entre la 2e côte et le 4e espace intercostal, une image claire entourée d'un cercle sombre: la partie toute inférieure de l'image est complètement opaque et limitée en haut par une ligne de niveau horizontale: il s'agit d'une cavité contenant quelques centimètres cubes de liquide.

On porte alors le diagnostic d'abcès du poumon et le lendemain on fait une tentative de pneumothorax artificiel, mais sans succès, la plèvre ne se laissant pas décoller. Cependant l'é-

tat du malade reste stationnaire. La température oscille entre 38° et 39°. Il continue à tousser et à expectorer des crachats purulents, contenant peu de microbes. Les signes physiques restent les mêmes et un nouvel examen radioscopique, montre que l'image cavitaire persiste.

L'interrogatoire du malade nous apprend qu'il a séjourné 4 mois en Algérie en 1919 et qu'il a présenté à cette époque une crise de diarrhée très sérieuse ayant guéri spontanément. Depuis il n'a jamais été malade. Il n'a jamais souffert du foie. La recherche des amibes dans les crachats et les matières fecales a été négative à plusieurs reprises.

Malgré les renseignements assez peu concluants fournis par l'enquête, le malade est mis le 12 juin au traitement par le chlorhydrate d'émétine (0,04 par jour).

Dès le début du traitement une amélioration se manifeste: la fièvre qui oscillait entre 38° et 39° tombe en 3 jours à 37° et 38°. Le malade se sent mieux, la toux diminue, la quantité de crachats tombe. Après 10 jours de traitement le malade est tout à fait apyrétique, il n'a presque plus d'expectoration, en 24 h 2 — 3 crachats muco-purulents. En même temps les signes physiques ont disparu. Sous l'écran, le 28 juin, on voit une tache opaque de 2 c^3 à la place de la vaste cavité, précédemment observée.

A ce moment on remplace les injections d'émétine par 3 injections de novarsenobenzol. La guérison est complète et le malade quitte le service 3 semaines après le début du traitement.

Depuis il a été suivi régulièrement et la guérison s'est maintenue. Un examen radioscopique a montré son thorax tout à fait normal.

Observation XXII

Brulé, Hillemand.

Mr. C..., âgé de 16 ans, cultivateur, entre le 4 octobre 1923 à l'hôpital Cochin. On ne note rien dans ses antécédents sauf un épisode aigu fébrile de «congestion pulmonaire» survenu en mai 1923. Il n'a jamais quitté la France.

Alors qu'il travaillait aux champs C... a été pris brusquement le 3 octobre de frissons répétés, avec claquement de dents et céphalées. Il est examiné 24 heures après le début des accidents. La température est à 40° le pouls à 120; on compte 45 respirations à la minute. Le malade se plaint d'un point de côté droit intense, il tousse, mais ne crache pas. L'auscultation ne montre que quelques râles sibilants disséminés dans toute la hauteur du poumon droit. Une hémoculture faite aussitôt reste négative.

Dans la nuit, 36 heures après le début des symptômes cliniques le malade fait une vomique. Il rejette 150 cc d'un pus épais, verdâtre, non fétide, strié de quelques filets de sang. L'examen bactériologique du pus montre une masse de cocci et de bacilles, pas de bacilles de Koch. Malgré la vomique la température reste en plateau entre 40 et 41°. Les signes d'auscultation ne permettent toujours pas de préciser le foyer pulmonaire. Aussi malgré l'état grave du malade, on pratique le 6 octobre, la radioscopie qui montre à la base du poumon droit une ombre arrondie, régulière, autour de laquelle le parenchyme pulmonaire garde sa transparence normale. L'hémidiaphragme droit est immobile.

Ce n'est que le 8 octobre qu'apparaissent à la base droite des signes cavitaires, souffles, gargouillements. Les crachats sont peu abondants, la température reste toujours à 40°, l'état général est grave, l'asthénie profonde, les lèvres sèches. L'examen du sang = 16 200 gl. bl. donc 87 % poly.

Le diagnostic d'abcès pulmonaire est certain; la gravité de l'état général impose une intervention immédiate par pneumothorax. Mais connaissant des observations antérieures d'abcès amibiens primitifs du poumon on décide de faire d'abord une injection sous cutanée de 0,08 de chlorhydrate d'émétine. Or le soir même la température est tombée à 37°. L'état général s'est déjà amélioré et l'on décide de surseoir au pneumothorax en continuant par l'émétine. La température oscille quelques jours entre 37°5 et 38° puis redevient absolument normale. L'expectoration se tarit progressivement. La radio permet de suivre la retrocession, puis la disparition de l'ombre correspondante de l'abcès. L'état général s'améliore rapidement, l'appétit revient et le malade quitte le service complètement guéri le 12 nov. 1923.

Une enquête approfondie faite après a prouvé que le malade n'a jamais eu de dysenterie, n'a pas été en contact avec des dysentériques, n'a jamais présenté de troubles intestinaux ni hépatiques. D'ailleurs la recherche des amibes dans les selles et l'expectoration a été négative. Une rectoscopie a montré une muqueuse normale.

Observation XXIII.

Lemierre, Kindberg, E. Bernard.

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui est prise en plein état de santé d'un point de côté subit à gauche, accompagné de fièvre, de dyspnée et de toux. Cinq jours plus tard elle commence à expectorer des crachats épais, brunâtres, mélangés de sang. On la voit au dixième jour de la maladie présentant une température entre 39° et 40°, de la polypnée, une tachycardie accentuée. L'examen des poumons montre un foyer de râles sous-crépitants occupant la région axillaire gauche et débordant vers la face antérieure du thorax, un léger souffle avec gargouillement à la toux dans la même région ainsi qu'une zône de matité postérieure à la base. Une ponction exploratrice en ce dernier point donne un liquide sero-fibrineux à polynucléaires, renfermant à l'état de pureté un streptocoque hémolytique. L'examen des crachats y montre de très nombreux streptocoques à l'exclusion de tout autre germe. Quelques jours plus tard l'examen radiologique permet de déceler une cavité arrondie siégeant un peu-au-dessus de la partie moyenne du poumon gauche, cavité que de nouveaux examens permettent de découvrir nettement encore dans la suite. Une nouvelle ponction exploratrice, pratiquée 8 jours plus tard, donne encore un liquide sero-fibrineux contenant un streptocoque. Le même microbe se trouve constamment à l'état de pureté dans l'expectoration.

Il s'agissait donc d'un abcès pulmonaire streptococcique, la marche de l'affection a été lente. La température après s'être maintenue pendant 3 semaines entre 39° et 40° a fléchi ensuite en même temps que s'atténuaient le point de coté et la dyspnée; et la guérison, avec disparition complète des signes fonctionnels

ainsi que des signes stethoscopiques et radioscopiques est survenue après une évolution de 2 mois et demi. Cette évolution vers la guérison a été interrompue par quelques rechutes donnant lieu de nouveau à la fièvre et aux signes stethoscopiques.

Comme traitement on a simplement cherché à atténuer le phénomène douloureux et la dyspnée par la révulsion et la morphine et on a soumis le malade à un régime approprié. Toute intervention chirurgicale comme pneumothorax ou intervention directe a été repoussée.

Observation XXIV.

Laignel-Lavastine et Coulaud.

Laignel-Lavastine et Coulaud présentent une malade de 23 ans, qui après une broncho-pneumonie a fait des abcès dans le poumon gauche, abcès à pneumocoque. Le diagnostic a été fait par la radio. Traitement par sérum antipneumococcique; et guérison.

Observation XXV.

Paisseau et Iser Solomon.

Il s'agit d'un abcès du poumon survenu 2 mois après une broncho-pneumonie très grave compliquant la convalescence d'une septicémie puerpurale. Cet abcès s'est révélé par vomique chez une malade presque complètement apyrétique depuis plusieurs semaines et ne s'est accompagné d'aucun symptôme général grave; il a guéri spontanément malgré son origine streptococcique. Des examens radioscopiques successifs ont permis d'assister à la disparition complète de l'excavation qui n'a laissé aucune lésion cicatricielle appréciable.

Une autre observation où il s'agit d'un abcès à pneumocoques survenu au cours d'une pneumonie qui fut diagnostiquée par la persistance de la température en plateau et par l'examen radioscopique.

Conclusions des observations.

Les conclusions que nous pouvons tirer des observations ci-dessus mentionnées sont les suivantes:

Nous voyons tout d'abord, combien il fut difficile dans quelques cas de poser le diagnostic d'une suppuration pulmonaire et que sa symptomatologie, si variable, a pu égarer parfois l'esprit du médecin, tout au moins, au début de l'affection (Observ. I.)

D'autre part il se dégage que la possibilité d'une évolution spontanée favorable peut être attribuée à chaque abcès pulmonaire, sans tenir compte ni de l'espèce du germe, ni de sa virulence, ni de la forme, dont revèt la maladie. Nos observations ont montré une flore microbienne assez variée. Ainsi dans 5 observations nous relevons la présence du streptocoque; le pneumocoque est mis en évidence dans d'autres cinq cas; une fois on trouve le staphylocoque doré, une autre fois l'examen montre une association fuso-spirillaire; enfin, quelques cas ont montré la présence de quelques germes banaux, et l'absence de tout agent spécifique, ou bien un amicrobisme complet, ça qui a fait supposer une localisation primitive de l'amibiase, même en absence d'amibes dans les produits évacués.

Il est intéressant à noter que les absès à streptocoques, germes à réputation si redoutable, guérissent aussi bien que ceux dus à d'autres espèces microbiennes. La thèse de Kourilsky à montré que les abcès streptococciques sont assez fréquents actuellement et que leur gravité est plus accréditée que réelle.

Nos observations, dont un quart sont des abcès à streptocoques confirment l'opinion de Kourilsky. En effet on est parfois frappé de voir guérir avec une réelle facilité des abcès volumineux soit spontanément, soit sous l'influence du traitement médicamenteux (Obser. Paisseau, X).

La brusquerie du début et la forme grave de la maladie ne préjugent en rien de la guérison ultérieure. Parmi

les cas, que nous avons rapportés, certains concernent les malades durement atteints, dyspneiques ou infectés, et, malgré ces signes alarmants l'abcès se constituait et se résorbait. Les observations XX et XI sont très caractéristiques de ce point de vue. Dans la première la maladie se caractérise par son envergure. Elle s'est faite en deux temps: d'abord une phase d'une infection générale indéterminée, ensuite une localisation pulmonaire sous forme d'un vaste abcès staphylococcique; état général extrèmement touché. Dans la seconde observation la maladie débute très bruyamment sous forme d'un grand abcès streptococcique; dans un second temps la maladie se généralise, donne 4 abcès métastatiques. Malgré cette forme septicémique il y a guérison spontanée.

Il est à remarquer que les cas, qui guérissent ainsi ne sont pas de petits abcès péribronchiques, mais des abcès de notables dimensions, parfois très volumineux, et quelquefois énormes (observ. XX, XXIII.)

A coté de ces abcès à symptomatologie bruyante et à état général grave nous en avons vu d'autres, ayant une forme beaucoup plus bénigne et guérissant au bout d'un temps assez court sans aucun traitement.

Nous voudrions encore remarquer que dans le pronostic d'un abcès pulmonaire il faut compter avec l'éventualité d'une hémoptysie. Ces hémoptysies peuvent être petites, les crachats légèrement striés de sang; mais parfois elles prennent une allure inquiétante et constituent le phénomène le plus important de la maladie (observ. I.) On signale même des cas où l'hémoptysie fut mortelle.

En résumé il ressort qu'il y a chez certains abcès une tendance de guerir spontanément. Certes le pronostic d'un abcès pulmonaire reste encore toujours sombre. Cependant il est loin d'avoir dans tous les cas la même gravité, et dans certains cas il y a une bénignité remarquable.

Traitement.

1. Indications générales.

Il règne encore dans le problème du traitement de l'abcès pulmonaire beauconp d'hésitations et d'incertitude. La solution du problème n'est pas absolue, elle est variable dans les opportunités. En présence d'une suppuration pulmonaire le médecin doit toujours avoir à l'esprit l'idée de la possibilité d'une évolution spontanée, et, par conséquent, doit abandonner toute pensée d'une intervention chirurgicale, d'au moins, au début.

En effet, nous avons vu que les abcès pulmonaires aigus, d'apparition récente, qu'ils soient dus au streptocoque, pneumocoque on staphylocoque, peuvent très bien guérir sans intervention. La therapeutiqne doit rester ici purement et simplement médicale. Si la température tombe progressivement, et l'abcès se vide bien, si, en même temps, les signes de localisation s'atténuent et disparaissent, il est inutile d'infliger au malade les risques d'une intervention, même le traumatisme, si minime soit-il, d'une aspiration bronchoscopique. Il est sage de ne pas contrarier la tendance naturelle à la guérison, On se bornera à recourir au traitement médical.

Mais si le drainage de l'abcès est insuffisant, la vomique n'est pas curative; une accalmie se produit, mais bientôt une rechute survient, et ainsi de suite pendant des

mois et des trimestres, en pareil cas l'ouverture bronchique est une simple fissure. Les signes de localisation ne s'atténuent pas et même s'accentuent et se compliquent des signes d'emprunt. Ici la tendance vers la guérison spontanée ne peut plus être escomptée ; une suppuration chronique s'établit en vase clos et la putridité, tot ou tard, survient.

Dans ce cas il faut intervenir chirurgicalement, car si on attend trop longtemps l'intervention risque d'être dangereuse et, tout au moins, sans efficacité. En effet autour du foyer abcédé une pneumonie chronique s'installe, dans laquelle les dilatations bronchiques secondaires se développent.

La date optima pour l'intervention se tronve d'après Sergent après la phase aigue de l'abcès et avant la constitution de la phase chronique définitive, date, fixée empiriquement à 2 et 2 mois et demi après le début de la maladie. Cette date est, bien entendu, approximative.

2. Traitement médicamenteux.

Y a-t-il des médicaments qui aident à la curabilité des abcès ?

En examinant nos observations nous trouvons 2 cas traités par la vaccinothérapie, 2 par le novarsenobenzol, 1 par serothérapie, 9 par le chlorhydrate d'émétine, tous les autres cas ont guéri sans qu'on puisse invoquer l'influence d'un médicament quelconque.

Nous voyons donc que plus qu'un tiers de tous les cas se sont améliorés par l'administration de l'émétine.

L'inflnence de l'émétine sur les abcès pulmonaires a été beaucoup discutée dans les dernières années. Son action

sur les abcès d'origine amibienne ne fait plus de doute à personne. Son pouvoir amibocide a fait guérir de grands abcès amibiens du poumon en très peu de temps. Mais, on a aussi observé que son action est restée merveilleuse dans beaucoup de cas, où la nature amibienne de l'abcès demeurait douteuse. Les auteurs ont rapporté des cas d'abcès pulmonaires primitifs, frappant des sujets, chez lesquels il était impossible de découvrir aucun accident amibien antérieur, et qui, néanmoins, ont très bien réagi au traitement émétinien.

Lemierre admet que tous ces cas, malgré l'absence d'antécédents, étaient d'origine amibienne ; il conclut à l'amibiase justement en raison de l'action spécifique de l'émétine sur ces abcès et de l'amicrobisme du pus qu'ils contenaient, car chaque autre nature de l'abcès permet de cultiver l'espèce microbienne présente.

Cordier conteste, que les abcès aigus, survenus brusquement chez des sujets, indemnes de toute amibiase antérieure et guéris rapidement par l'émétine, puissent être, sans restriction, considérés comme d'origine amibienne.

D'autres auteurs, qui soutiennent cette thèse, invoquent le fait du grand intervalle entre l'apparition de l'abcès et le séjour du malade dans les pays, où sévit l'amibiase, ou bien montrent des cas, où les malades n'ont jamais quitté la France. Weil et Lamy notent dans leur observation un séjour de 4 mois en Algérie, Brulé (Observ. VI, VII) rapporte le cas, où le malade a fait un séjour en Afrique du Nord il y a 35 ans, et un autre qui n'a pas quitté la France. Le malade de Læderich, Poumeau, Delille (Observ. V) a séjourné en Algérie 21 ans avant la maladie et n'a jamais présenté de troubles intestinaux. Jagnow (Bucarest) a guéri par l'émétine 7 cas d'abcès pulmonaire, qn'il ne considère pas comme amibienne.

Le cas, que nous avons observé personnellement (Observ. Merklen) où le traitement émétinien a été essayé, ne peut pas prouver l'influence de ce médicament, car une amélioration s'était déjà produite avant qu'on en a fait l'usage. D'aillenrs, dans notre cas, l'émétine devait combattre les hémoptysies.

On est en droit de se demander si ces cas observés, guéris par l'émétine n'auraient pas guéri spontanément, car la tendance naturelle à la guérison est parfois telle, qu'il ne faut pas la méconnaître et qu'elle doit nous rendre prudent dans l'interprétation des cas guéris par le traitement médicamenteux.

Quelques auteurs répondent à ceci, qu'on a aussi vu des cas d'abcès chroniques guérir par l'émétine, et que les abcès chroniques guérissent rarement spontanément.

Comment agirait l'émétine?

Jagnow (Bucarest) inoculait des cultures des staphylocoques et des pneumocoques à des souris et les traitait ensuite par l'émétine. Comme résultat il avait une assez forte diminution de la mortalité des souris inoculées (mortalité de 72% de souris non traitées à 6,6% de souris traitées). Il en a conclu que l'émétine modifie les humeurs de l'organisme en augmentant les agglutinines et les substances bactéricides, qui sont les principaux éléments de notre défense contre les microbes.

D'autres auteurs (Brulé) pensent plutôt à une action chimique rapide du médicament qu'à un accroissement d'anticorps, s'établissant lentement. Comme appui de leur thèse ils apportent la rapidité de l'action de l'émétine (quelques heures dans l'observ. XXII).

Mais si l'émétine donne parfois des résultats dans le traitement des abcès pulmonaires, on en connaît d'autres, où

son action était presque nulle. Brulé se demande si les abcès, qui guérissent sous l'action de l'émétine ne seraient pas dus à un agent microbien encore inconnu, sur lequel ce médicament aurait nne action chimique.

Nous pensons qu'on ne peut pas baser notre thérapeutique sur l'hypothèse de la présence des germes inconnus dans certaines suppurations pulmonaires. D'accord avec Lemierre et Læderich nous croyons que l'action curative de l'émétine rend vraisemblable la nature amibienne des abcès en question.

Cependant dans l'état actuel de nos connaissances on ne saurait être plus affirmatif, car il n'est pas impossible à concevoir, que l'émétine ait une action favorable sur d'autres suppurations, que les abcès amibiens.

Quoiqu'il en soit concluons au devoir de tenter le traitement émétinien d'épreuve chaque fois, que nous sommes en présence d'un abcès pulmonaire, dont la nature reste obscure, même en absence de toute presomption cliniqne d'amibiase, et quelquefois nous aurons la satisfaction de voir guérir les malades, chez lesquels toute autre thérapeutique est restée inefficace.

Qnant à la vaccinothérapie et à la serothérapie, on a pu enregistrer plusieurs résultats positifs après leur application. L'observation de Bezançon a montré une amélioration nette dès le début de l'autovaccinothérapie, et ceci chez un malade dont l'état était très grave. Laignel-Lavastine rapporte les bienfaits de la serothérapie antipneumococcique dans ce cas d'abcès multiples après une broncho-pneumonie.

En cas d'une spirillose le novarsenobenzol est indiqué ; aussi quelquefois pour préserver la fétidité. Achard dans son observation prouve les bons résultats qu'il a obtenu avec le novar-

senobenzol en présence d'un abcès du à l'association fuso-spirillaire.

Pour terminer ce chapitre nous concluons que le traitement médical des abcès du poumon, bien que n'étant pas en à la hauteur voulue, peut, dans certains cas, nous rendre des services énormes, et ne doit, par conséquent être négligé dans aucun cas.

Conclusions.

1) L'abcès du poumon est devenu, grâce au développement de la radiologie et de la technique médicale, une affection beaucoup mieux connue et plus facile à dépister qu'autrefois.

2) Sa curabilité spontanée est à l'heure actuelle, plus marquée, qu'on ne l'admet généralement.

3) En présence d'un abcès pulmonaire il faut tenir compte de la possibilité d'une guérison spontanée et n'intervenir chirurgicalement qu'après l'échec du traitement médical, de façon à éviter que l'abcès passe à la chronicité. La date optima de l'intervention se trouve approximativement entre 2 mois et 2 mois et demi après le début de la maladie.

4) Essayer chaque fois le traitement médical en rapport avec le germe infectieux incriminé.

5) Faire un traitement d'épreuve par l'émétine en cas d'un abcès dont la nature et l'origine restent indéterminées.

Vu:

Le Président de Thèse
Pr. MERKLEN

Vu:

Le Doyen
P. ANCEL

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg
Ch. PFISTER

Bibliographie.

Achard et Mouzon — Abcès streptococcique du poumon. Société Médicale des hôpitaux de Paris (23/7. 1925).

Widal, Roger, Teissier — Nouveau traité de Médecine. Abcès de du poumon. Fascicule XI.

Besançon, Jacquelin, Celice — Abcès du poumon à staphylocoque doré, Autovaccinothérapie. Société Médicale des hôpitaux (28 janvier 1927).

Besançon, Jacquelin, Celice — Abcès du poumon à pneumocoque. Guérison sans traitement. Société Médicale des hôpitaux, 28 janvier 1927.

Kourilsky — Abcès du poumon. Thèse de Paris 1927.

Paisseau et Iser Solomon — Etude radiologique de l'abcès du poumon. Société Médicale des des hôpitaux 7 avril 1922.

Laignel-Lavastine, Coulaud — Société Médicale des hôpitaux 22 juillet 1921.

Ramond, Denoyelle, Lautmann — Société Médicale des hôpitaux 4 mai 1923.

Coffin — Contribution à l'étude des abcès du poumon, Thèse de Paris 1925.

E. Weil, Lamy — Abcès amibiasique guéri par l'émétine. Société Médicale des hôpitaux, 17 octobre 1924.

Jagnow (Bucarest) — Annales de Médecine. Tome XXIV. N 2 juillet 1928.

Brulé, Hillemand — Abcès du poumon guéri par l'émétine. Société Médicale des hôpitaux, 7 novembre 1924.

Lemierre, L. Kindberg, Bernard — Grand abcès du poumon à streptocoques. Société Médicale des hôpitaux, 3 juillet 1925.

Anders, Pfahler — Abscess of the lung. Congrès de Médecine de Philadelphie 1906, Presse Médicale 7 avril 1906.

Sergent — Principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires. Bulletin de l'Académie de Médecine 26 fevr. 1929.

Læderich, Paumeau, Delille — Abcès pulmonaire guéri par l'émétine. Société Médicale des hôpitaux, 15 février 1909.

Brulé, Laporte, Ragu — Société Médicale des hôpitaux, 31 mai 1929.

Lemierre et Kourilsky — Société Médicale des hôpitaux, 20 janvier 1928.

Dargein et Doré — Société Médicale des hôpitaux, 3 avril 1925.

Achard, Soulié — Abcès aigu du poumon, rapidement guéri. Bulletin de l'Académie de médecine, mars 1929.

Weissenbach — Guérison d'un abcès du poumon à streptocoques. Société Médicale des hôpitaux, 1 avril 1927.

Eschbach — Abcès du poumon guéri spontanément. Société Médicale des hôpitaux, 9 décembre 1927.

Besançon — Société Médicale des hôpitaux, 28 juin 1929.

E. Bernard, Desbucquois — Abcès du poumon postopératoire. Société Médicale des hôpitaux, 27 juin 1928.

Strasbourg 1930 — Impr. des Editions Universitaires de Strasbourg